

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SELBSTVERLETZTENDES VERHALTEN

Schneiden, Verbrennen, Kratzen, Ritzen, Kneifen, Beißen, Schläge gegen den eigenen Körper u. a.

Sich selber verletzen durch Schneiden oder Ritzen mit Rasierklingen, Messer, Glasscherben, Scheren; oder Kratzen, Kneifen und Beißen bis das Blut austritt; oder den Kopf gegen die Wand schlagen, vielleicht die eigenen Knochen brechen oder – unfassbar – sich ein Auge ausreißen. Was sind das für Menschen? Welches sind die Hintergründe, Ursachen, Belastungen, Ereignisse, die zu solchen Taten treiben?

Dazu gibt es eine kurz gefasste Übersicht in dieser Serie und nachfolgend ein ausführlicheres Kapitel mit den Schwerpunkten: historische, rituelle, religiöse, spirituelle Ursachen, ja Selbstverletzung für Gesundheit und Heilung u. a. Danach Selbstverletzung aus heutiger Sicht, insbesondere was Begriff, Definition und Klassifikations-Vorschläge, Häufigkeit und Verlauf anbelangt. Wichtig: Risikofaktoren zum selbstverletzendem Verhalten: emotional, psychosozial, posttraumatisch, psychiatrisch, kriminell usw.

Entscheidend die Motive selbstverletzenden Verhaltens: Selbstbestrafung, Not und Verzweiflung, Stress und Anspannung, Wut, dissoziative oder Konversions-Störungen, Kontrolle unerwünschter Erinnerungen, Demonstration eigener Hilfsbedürftigkeit, Herstellung von Geborgenheit und Sicherheit, Versuch, sich selbst anstelle einer anderen Person zu verletzen usw. Dazu bedeutsame Hinweise auf selbstverletzendes Verhalten: Rechts- oder Linkshänder, Oberflächlichkeit, Gleichförmigkeit, Parallelität, Lokalisation, Muster und Symbole, Schweregrad, Fehlen von Abwehr-Verletzungen u. a.

Schließlich Vorbeugung, Verhütung, Betreuung, Behandlung. Bei Letzterem die Frage: Psycho- und/oder Soziotherapie sowie Pharmakotherapie? Vor allem aber konkrete Hinweise für Angehörige, Freunde, Lehrer usw.: Was kann man tun, was soll man vermeiden?

Selbstverletzendes Verhalten – ein unfassbares Phänomen, das man aber nicht einfach missbilligen, ignorieren oder verbieten kann. Hier muss man nach Ursachen, Hintergründen und Motiven fragen – und gezielte Hilfe anbieten, was nicht nur professionelle Helfer, sondern auch das nähere und das weitere Umfeld anzubieten vermag, entsprechende Informationen vorausgesetzt.

Erwähnte Fachbegriffe:

Selbstverletzendes Verhalten – Selbstbeschädigung – Selbstverletzung als Ritual, formalisierte Handlung, in einer Gemeinschaft, in einem Stamm, in einer ton-angebenden Kultur, in einer Religion u. a. – ritualisierte Formen gezielter Beschädigung des eigenen Körpers: Körperschmuck, Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, Übergangs-Rituale bei Jugendlichen und Heranwachsenden, religiöse Rituale, spirituelle Handlungen, für Gesundheit und Heilung usf. – Selbstverletzung und suizidales Verhalten – Selbstverletzung im Rahmen eines Selbsttötungs-Versuchs – Selbstverletzung bei artifizieller Störung (populär: Münchhausen-Syndrom) – Auto-Aggression – Selbst-Aggression – nicht-suizidales autoaggressives Verhalten – Automutilation – Selbstverstümmelung – Selbstverletzungs-Definition – Krankheitsbild selbstverletzenden Verhaltens – Methoden selbstverletzenden Verhaltens – Hilfsmittel selbstverletzenden Verhaltens: eigene Hände, Fäuste, Fingernägel, Zähne sowie Gegenstände wie Messer, Rasierklingen, Glasscherben, scharfe Gegenstände wie Schmuck, Stifte oder Nagelclips sowie Verbrennungen mit Zigaretten oder Verbrühung mit heißer Flüssigkeit u. a. – eigene Selbstverletzungs-Möglichkeiten: Beißen, Kratzen, Kneifen, Kopf gegen die Wand schlagen, Knochen brechen, Auge ausreißen u. a. – selbstverletzendes Verhalten und psychologische Wirkung von Blut-Austritt – Selbstverletzung und „Lebendig-Fühlen“ – selbstverletzendes Verhalten von Körper-Innerem: Atemwege und Verdauungsorgane – bevorzugte Selbstverletzungs-Körper-Regionen: Haut, Mundhöhle, Nagelhaut, Kopf, Kopfhaar, Brauen, Wimpern, Schamhaar, Genitalien, Augen usf. – Selbstverletzung und Schmerz-Empfinden – Selbstverletzung und Schmerzlosigkeit – Schweregrad von Selbstverletzung – Regelmäßigkeit von Selbstverletzung – Extrem-Schäden durch Selbstverletzung: Selbst-Kastration, Selbst-Amputation, Auto-Enukleation (Augen-Ausreißen), schwerste Gesichts- und Kopfverletzungen u. a. – typische Merkmale von Selbstverletzungen: Oberflächlichkeit, Gleichförmigkeit, Parallelität, Lokalisation (Rechts- oder Linkshänder, Zugänglichkeit), Fehlen von Abwehr-Verletzungen, bestimmte Muster und Symbole, Aussparung besonderer Körperregionen, Schweregrad u. a. – Klassifikation selbstverletzenden Verhaltens: schwere Selbstverletzung, stereotype (immer wiederkehrende) Selbstverletzung, oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzung – Klassifikations-System der DGKJP – Selbstverletzungskriterien der WHO in der ICD-10 – Selbstverletzungskriterien der APA im DSM-IV-TR – Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens – Verlauf selbstver-

letzenden Verhaltens – Risikofaktoren selbstverletzenden Verhaltens: biologische, emotionale, psychosoziale, posttraumatische, psychiatrische u. a. Risikofaktoren – psychische Störung und selbstverletzendes Verhalten – Partnerschafts-, Familien- und berufliche Konflikte mit selbstverletzendem Verhalten – traumatische Erlebnisse: sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung u. a. – psychische Störungen: Alkoholismus, Rauschdrogenkonsum, Medikamenten-Abhängigkeit, Ess-Störungen, dissoziative- sowie andere Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Impulskontroll-Störungen und selbstverletzendes Verhalten – Motive selbstverletzenden Verhaltens: Selbstbestrafung, Not und Verzweiflung, Stress und Anspannung, Wut, Konversions-Störungen, unerwünschte Erinnerungen, Demonstration eigener Hilfsbedürftigkeit, Wunsch nach Geborgenheit und Sicherheit, sich selbst anstelle einer anderen Person verletzen u. a. – Behandlung selbstverletzenden Verhalten: Psychopharmaka, Psychotherapie, soziotherapeutische Hilfen u. a. – Hilfe durch Angehörige, Freunde, Vorgesetzte usf. – Betreuungs-Strategien – Betreuungs-Fehler, Präventions-Hinweise – Betreuung bei geistiger Behinderung – Selbstverletzungen aus rechtsmedizinischer Sicht – Selbstverletzung zur Erleichterung von Haft-Bedingungen, zum Versicherungs-Betrug, im Rahmen eines (versuchten) Suizids, zur Vortäuschung einer Straftat u.a.m.

Jedes Menschenleben ist von einer wahrhaftig nicht geringen Zahl von Belastungen beeinträchtigt: körperlich, seelisch, zwischenmenschlich, beruflich usw. Am häufigsten, besonders mit zunehmendem Alter, sind gesundheitliche Störungen. Sie beschweren das Dasein und manchmal sind sie schier unerträglich, trotz der unbestritten erleichternden Segnungen einer modernen Medizin. Doch manches Schicksal ist schon ein schweres, mitunter unbegreiflich gnadenloses Los.

Da kann man sich kaum vorstellen, dass es andererseits Menschen gibt, vor allem junge (in der „Blüte des Lebens“), die sich selber Schaden zufügen: körperlich und damit auch letztlich seelisch und psychosozial, d. h. in Familie, Partnerschaft, Beruf, Freundeskreis u. a. Und zwar nicht durch die gesellschaftlich akzeptierten, im Endzustand aber dann doch heimtückischen Genussgifte Nikotin und Alkohol oder durch die allseits als gefährlich bekannten Rauschdrogen; auch nicht durch leichtfertigen Gefahren-Sport oder -Tourismus (eine „moderne“ Form der bewussten Selbstgefährdung). Nein: durch direkte, ja brutal wirkende Selbstverletzungen wie Schneiden, Verbrennen, Ritzen, Kratzen, Schlagen usw.

Da hört doch jedes Verständnis auf, empört sich der „gesunde Menschen-Verstand“ – mit Recht. Reicht es nicht, was das Leben ohnehin so vorhält? Muss man freiwillig seinen eigenen Körper beschädigen, ja entstellen, sich Schmerzen jeglicher Art zufügen? Kein Wunder, das Spektrum an negativen Reaktionen ist weit, und verständlich: Das geht von Verwunderung, Irritation, Befrem-

den, über Mitleid und Gefühle der Ohnmacht bis zur Stigmatisierung, Diskriminierung, ja Zorn und schließlich zuerst versteckter und zuletzt offener Ablehnung, ja Bestrafung oder gar Feindseligkeit. Wie erwähnt: verwundern tut das nicht. Denn begreifen kann das ohnehin niemand; es sei denn, es fällt einem dazu die übliche Schlussfolgerung ein: „das ist ja krankhaft“, „das ist doch schizophren“ oder „die ist wohlgeisteskrank“.

Trifft das zu? Auf den ersten Blick sicher, wenn man alle anderen Ursachen ausschließen konnte. Hier besteht kein Zweifel. Andererseits darf man es sich nicht zu leicht machen. Auch wirken viele der Betroffenen gar nicht „geisteskrank“. Das macht dann wieder unsicher. Kurz: Es besteht Erklärungs-Bedarf, wie das heute genannt wird.

Nachfolgend deshalb eine Übersicht zum Thema *Selbstverletzendes Verhalten* auf der Grundlage des gleichnamigen Fachbuchs von Professor Dr. Franz Petermann, Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Bremen und Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation sowie seiner Wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Frau Dr. Sandra Winkel, zu deren Forschungs- und Arbeits-Schwerpunkten auch selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität im Jugendalter gehören. Ergänzend dazu siehe auch die kurz gefasste Übersicht in dieser Serie, basierend auf einem Fachartikel der Experten (siehe Literaturverzeichnis).

Franz Petermann – Sandra Winkel:

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Wien-Toronto-Seattle-Oxford-Prag 2005

230 S., € 24,95. ISBN 3-8017-1965-0

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN – WAS IST DAS?

Selbstverletzendes Verhalten ist nicht selbstverletzendes Verhalten. Ein sonderbarer Satz, aber – wie so oft in der Wissenschaft –, nicht ohne realen Hintergrund, wenn man sich entsprechend kundig macht. Das gilt nicht nur für Definition und Klassifikation, es gilt auch für historische, vor allem interkulturelle Aspekte.

Es gibt nämlich auch Selbstverletzungen als Rituale, also formalisierte Handlungen, die in einer Gemeinschaft, vom Stamm bis zur ton-angebenden Kultur in ihrer Zeit und Region, große Bedeutung hatte und dies oft über Generationen hinweg und bisweilen noch immer hat. So findet man ritualisierte Formen gezielter „Beschädigung“ des eigenen Körpers in fast allen menschlichen Kulturen, geben die Autoren in ihrem einleitenden Kapitel zu bedenken. Das beginnt in der Antike und endet (noch lange nicht) in unserer Epoche und westli-

chen Welt. Dabei ordnet man der ritualisierten Form von Selbstverletzung folgende fünf Bereiche zu:

- Körperschmuck
- Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft
 - Übergangs-Rituale der Adoleszenz (vom Jugendlichen über den Heranwachsenden bis zum jungen Erwachsenen)
- Religiöse Rituale bzw. spirituelle Handlungen sowie
 - Gesundheit und Heilung

Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Dabei wird immer wieder die Frage diskutiert: Sind selbstschädigende Praktiken Zeichen einer Störung oder normale Ausdrucksform in einem spezifischen kulturellen Zusammenhang?

Letzteres wird dann angenommen, wenn sie sozial akzeptiert, in ihren Ausführungen kontrolliert und in einem kulturellen Kontext eingebettet sind. Oder umgekehrt: Selbstverletzende Verhaltensweisen, die in einer Kultur *nicht* akzeptiert werden, können als Hinweis auf eine abweichende Entwicklung gesehen werden. Einzelheiten siehe später. Zuvor aber einige Hinweise zur Terminologie, zur Begriffsbestimmung mit jeweils spezifischer Bedeutung.

BEGRIFFE

Selbstverletzendes Verhalten irritiert zwar in zunehmender Weise, doch gibt es dazu eine noch relativ begrenzte psychologische oder gar psychiatrische Literatur. Das hängt nicht zuletzt mit dem beklagenswerten Mangel an entsprechenden Studien und damit Wissen zusammen.

In der Fachliteratur ist von vielen Begriffen die Rede, die außerdem noch uneinheitlich verwendet werden. Einige Experten schließen in den Begriff „Selbstverletzung“ auch suizidales Verhalten (Selbsttötungs-Versuche) ein. Andere artifizielle Störungen (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie, bekanntestes Stichwort: Münchhausen-Syndrom). Die anglo-amerikanische Literatur kennt eine Vielzahl von Sammelbegriffen und Definitions-Versuchen, während im deutschsprachigen Raum häufig der Ausdruck „Auto-Aggression“ (Selbst-Aggression) als Oberbegriff für alle Formen selbstschädigenden Verhaltens verwendet wird (wobei Aggression auch suizidales und parasuizidales Verhalten einschließt).

Nicht-suizidales autoaggressives Verhalten wird auch gelegentlich mit dem Begriff „Auto-Mutilation“ (eigentlich Selbstverstümmelung) bezeichnet. Das wiederum schließt sowohl Auto-Manipulationen von Krankheiten als auch selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne ein.

Im Grunde besteht also für selbstverletzendes Verhalten bisher keine begriffliche Übereinkunft.

DEFINITIONEN

Viele Experten sind der Ansicht, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten um eine absichtliche Verletzung des eigenen Körpers handele, jedoch ohne Suizid-Absicht. Das ist zwar eine klare Aussage, erfasst aber nicht alle Aspekte. Wenn man es allerdings versucht, wird die Definition wieder unübersichtlich. Professor Petermann und Frau Dr. Winkel schlagen deshalb vor:

Unter *selbstverletzendem Verhalten* versteht man eine funktionell motivierte, direkte und offene Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die sozial nicht akzeptiert ist und die nicht mit suizidalen Absichten einhergeht.

Es handelt sich also um Verhaltensweisen und Handlungen, mit denen dem eigenen Körper absichtlich und direkt Verletzungen oder Schmerzen zugefügt werden, wobei jedoch keine Selbsttötungs-Absicht besteht.

Auch werden nicht nur medizinische Eingriffe oder das Anbringen von Körperschmuck, sondern auch indirekte Varianten selbst-schädigenden Verhaltens ausgeklammert wie Verweigerung von Nahrung und Wasser oder ungeschützter Geschlechtsverkehr. Hier ist nämlich das Resultat der körperlichen Schädigung nicht direkt beobachtbar und zumeist von den Betroffenen bezüglich der Konsequenzen auch nicht präzise einschätzbar, geben die Experten zu bedenken. Die Folgen zeigen sich erst nach längerem Zeitraum, ähnlich dem kontinuierlichen und intensiven Alkoholkonsum.

DAS KRANKHEITSBILD SELBSTVERLETZENDEN VERHALTENS

Die Vielfalt selbstverletzenden Verhaltensweisen ist erstaunlich. Sie findet sich bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie kann auf spezifische Art einen einzelnen Körperteil betreffen, sie kann aber auch auf viele unterschiedliche Art und Weisen so gut wie alle Körperteile einschließen.

„Technisch“ können neben den eigenen Händen, Fäusten, Fingernägeln und Zähnen praktisch alle erreichbaren Gegenstände eingesetzt werden. Dabei denkt man erst einmal an Messer oder Rasierklingen, doch dienen auch harmlos erscheinende Objekte wie Schmuck, Stifte oder Nagelclips den gleichen Wünschen.

Besonders verbreitet sind Verletzungen der Haut, vor allem an den Gliedmaßen. Das geschieht durch Schnitte mit Messern, Rasierklingen, Glasscherben

oder anderen scharfen Gegenständen, aber auch durch Beißen, Kratzen mit den Fingernägeln, durch Nadelstiche, Verbrennungen mit Zigaretten oder durch Verbrühungen mit heißer Flüssigkeit.

Für viele Betroffene ist der Anblick von zentraler Bedeutung, versichern die Experten. Deshalb wird meist bis aufs Blut gekratzt oder geritzt. Möglicherweise ist Blut deshalb so wichtig, weil es ein sichtbares Zeichen für die Folgen des eigenen Tuns und seiner Wirkung ist, einschließlich der gewünschten Veränderungen (siehe später). Vor allem hat man das Gefühl „wirklich“ und „lebendig“ zu sein. Wer sich hier jetzt an den Kopf greift, lese einfach weiter. In den entsprechenden Kapiteln wird dann auch deutlich, dass es in der Tat nicht wenige Menschen gibt, die sich nicht real, wirklich, existierend, lebendig usw. empfinden.

Aber nicht nur die Haut, auch das Körper-Innere wie die Atemwege und Verdauungsorgane können manipuliert und damit beeinträchtigt bis geschädigt werden. Beispiele: Einnahme durch Einatmen oder Injektion von Substanzen, Flüssigkeiten oder Gasen.

Die **bevorzugten Körper-Regionen** sind nach entsprechenden Untersuchungen folgende:

An erster Stelle das Schneiden der Haut in rund drei Viertel aller (wissenschaftlich erfassten) Fälle. Betroffen sind vor allem die am einfachsten zu erreichenden und am leichtesten zugänglichen Körperteile, also Arme und Handgelenke, gefolgt von Ober- und Unterschenkeln. Der Umstand, dass man so etwas nur selten sieht, liegt daran, dass die Narben und Wunden meist unter der Kleidung verborgen werden können oder als Unfall-Folgen vorgegeben werden.

Danach folgen das Sich-Beißen (vor allem die Mundschleimhaut, insbesondere die Innenseite des Mundes, aber auch die Zunge), ferner Kratzen (bis aufs Blut) bzw. Kratzen (ohne Blut), das Sich-Schlagen, das Nagel-Beißen oder Nagelhaut-Beißen (oft bis aufs Blut) oder das Beißen anderer Stellen.

Unverständlich für den arglosen Mitbürger, aber gar nicht selten, ist das Schlagen gegen Wände, das zu heiße Baden oder Duschen, das Sich-Stecken (beispielsweise mit einer Nadel oder einem spitzen Messer), das Sich-Verbrennen und das Sich-Schneiden (mit einem Messer u. a.).

In anderen Zusammenhängen bereits bekannt (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie) ist das Ausreißen von Kopfhaar, aber auch von Brauen, Wimpern oder gar Schamhaar.

Eine gewisse Fassungslosigkeit hinterlassen auch genitale Selbstverletzungen, z. B. das Schneiden der Geschlechtsorgane, sehr heiße Einläufe und

schließlich das Abschneiden ganzer Körperteile. Oder gar das Herausreißen eines Auges (Fachbegriff: Auto-Enukleation).

Einige dieser „Selbstverletzungs-Verfahren“ sollen noch etwas ausführlicher dargestellt werden:

Genitale Selbstverletzungen

Eine besondere Form stellen Verletzungen der Geschlechtsorgane dar, insgesamt selten, dafür aber oft schwerwiegend. Dabei handelt es sich beispielsweise um psychotische Patienten (früher „Geisteskrankheiten“ genannt, heute vor allem schizophrene oder organische Psychosen), die ihre Genitalien verzerrt wahrnehmen und/oder halluzinierte Befehle (Stichwort: imperative, also befehlende Stimmen) zur Selbstverstümmelung befolgen.

Zum anderen sind es schwere Persönlichkeitsstörungen (hier vor allem offenbar Frauen) sowie Transsexuelle, die ihr Geschlecht verändern möchten (vorwiegend Männer). Und schließlich Personen, deren Selbstverletzung bestimmte religiöse Überzeugungen widerspiegeln.

Genitale Selbstverletzungen bei Frauen bestehen meist in Einführen von gefährlichen Gegenständen wie Rasierklingen, Scheren u. a. in die Vagina oder zu Abtreibungs-Versuchen in eigener Regie. Sie können als unerklärliche vaginale Blutungen beschrieben werden und bleiben daher zumeist unerkannt.

Bei Männern handelt es sich häufig um Verstümmelungen des Penis oder der Hoden, wenn nicht gar um eine Selbst-Kastration (Selbst-Entmannung).

Selbstverletzungen und Schmerzempfinden

Die Frage, die praktisch jeden bewegt, lautet: Wie kann man so etwas ertragen, dazu noch freiwillig und von eigener Hand?

Hier fällt auf, dass viele Betroffene trotz der oft ernsthaften Verletzungen über keine Schmerzgefühle während ihrer ungewöhnlichen Praktiken berichten. Die mangelnde Schmerzempfindung wird offenbar durch die Freisetzung körpereigener Opiate (so genannter Endorphine) erklärt, die bei starken Stress-Reaktionen, vor allem aber Verwundungen und sonstigen Eingriffen einen ersten (Schmerz-)Schutz gewähren sollen. Allerdings kehrt das Schmerzempfinden nach einiger Zeit zurück, beim einen nach Minuten, beim anderen nach Stunden oder gar erst Tagen, vermutlich wenn auch die subjektiv empfundene Wirkung der Endorphine nachlässt.

Andere Experten sind der Meinung, dass sich die Betroffenen (zumindest einige) während der Durchführung in einem so genannten dissoziierten Zustand

befinden und dadurch überhaupt keine körperlichen Empfindungen mehr verspüren. In beiden Fällen ist das für den Laien auf jeden Fall unfassbare Unterfangen offenbar ohne die sonst üblichen Schmerz-Folgen zu ertragen.

Allerdings können nicht alle auf eine völlige Schmerzlosigkeit bauen. Hier schiebt sich dann ein anderes Erklärungs-Muster in den Vordergrund. Denn manche Betroffene berichten, dass sie den Schmerz zwar wahrnehmen und als sehr unangenehm erleben. Sie ziehen jedoch dieses Gefühl dem seelischen Schmerz vor, dem sie ansonsten ausgeliefert sind, und der durch den körperlichen Schmerz endlich einmal in den Hintergrund gedrängt wird.

Schweregrad und Regelmäßigkeit selbstverletzenden Verhaltens

Neben Verletzungs-Ort und -Methode sind auch Schweregrad und Regelmäßigkeit von Bedeutung, um sich ein möglichst genaues Bild zu machen.

In leichteren Fällen beobachtet man das Schlagen mit der Hand an den Kopf, das Sich-Beißen oder Kneifen oder das Ausreißen von Haaren.

Schwerere Formen bestehen z. B. im Schlagen des Kopfes gegen die Wand oder gar im Versuch, sich selbst die Knochen zu brechen. Bei den schwersten Formen kann es zur Amputation von Gliedmaßen, zur Selbst-Kastration oder zur Zerstörung des Auges kommen. Selbst von Auto-Kannibalismus wird berichtet (also Teile von sich selber anbeißen und herunter schlingen).

Ein weiterer Faktor ist die erwähnte Regelmäßigkeit, d. h. von einmalig über bestimmte Abstände bis zu dauerhaft. Letzteres kann in geradezu stereotyper, wenn nicht gar automatisierter Form ununterbrochen drohen, vor allem bei Kindern mit geistiger Behinderung, tiefgreifender Entwicklungsstörung oder bestimmten Erb-Krankheiten.

Hier finden sich am ehesten Kopfschlagen, In-das-Gesicht-Schlagen, das Augen-Bohren und das Beißen in die Hände, Lippen oder andere Körperpartien.

Bei endogenen Psychosen (z. B. die erwähnte schizophrene Psychose) oder drogen-induzierten Psychosen (volkstümlich: „Vergiftungs-Wahnsinn“) können schwerste Selbstverletzungen vorkommen, und zwar bis zur Selbst-Amputation – mit und ohne Vorwarnung bzw. „wie aus heiterem Himmel“. Dafür sind sie dann häufig ein einmaliges Ereignis, nicht zuletzt durch die Folgen.

Im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen kommt es ebenfalls zu regelmäßigen Verhaltensweisen dieser Art, wobei die einzelnen Verletzungen zumeist planvoll und absichtlich (wenn auch nicht freiwillig – siehe später) durchgeführt werden.

Schlussfolgerung der Autoren F. Petermann und S. Winkel: „Selbstverletzende Verhaltensweisen unterscheiden sich in ihrem Schweregrad, hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer sowie im Grad der Automatisierung oder Stereotypisierung. Anhand dieser Faktoren können deshalb unterschiedliche Formen beschrieben und zugeordnet werden“. Das nennt man wissenschaftlich Klassifikation, das Thema nachfolgender Ausführungen:

ZUR KLASSIFIKATION SELBSTVERLETZENDEN VERHALTENS

Selbstverletzendes Verhalten hat schon früher zu einer Reihe von Klassifikations-Vorschlägen geführt:

Inzwischen fast 70 Jahre alt und nur noch von historischem Wert sind die kinderpsychiatrischen Selbst-Verstümmelungs-Einteilungen nach

- *neurotisch* (Zerkratzen von Haut, Haar-Ausreißen, Nägel-Kauen, unnötige chirurgische Eingriffe) und
- *psychotisch* (Ausreißen des Auges, Verletzung der Genitalien, Selbst-Amputation) bzw.
- *organisch* (Selbstverletzungen durch hirnorganische Schäden, z. B. Hirnhautentzündung u. a.) sowie
- *religiös* (Beschneidung, Initiations-Riten, öffentliche Selbstpeinigung) und
- heute originell anmutend: *konventionell* (nämlich Nägel-Schneiden, Rasieren und Haare schneiden).

Die religiösen und „konventionellen“ Aspekte sind nach heutigem, allerdings auch kultur-abhängigem Verständnis, sozial akzeptiert (religiös und kulturell), wenn nicht gar sozial gefordert (Hygiene). Die übrigen sind Teil wissenschaftlicher Diskussionen geworden, denn – wie erwähnt – es mangelt nicht an Vorschlägen.

Klassifikation nach A. R. Favazza

Eine moderne, vor allem einfache und prägnante Klassifikation liegt seit etwa 10 Jahren vor und beschränkt sich auf deskriptive (beschreibende) Kriterien, ohne sich mit Ursachen, Verlauf und sonstigen Aspekten aufzuhalten. Das hat Vor- und Nachteile. Ein Vorteil ist die sofortige Einteilungs-Möglichkeit, denn alles andere (was steckt dahinter?) wird ohnehin erst langsam deutlich, falls überhaupt.

Diese Klassifikation selbstverletzender Verhaltensweisen nach A. R. Favazza (1998) lautet beispielsweise (verkürzt):

- *Schwere Selbstverletzung*: eine schwere, zur Verstümmelung führende und potenziell lebensbedrohliche Selbstverletzung wie Auto-Enukleation (Herausreißen bzw. Zerstörung des Augapfels), Selbst-Kastration und Selbst-Amputation. Vorkommen: z. B. bei Psychosen oder Intoxikationen (wie Rauschgift-Vergiftung), aber auch bei bestimmten neurologischen Erkrankungen (z. B. Gehirnentzündung).
- *Stereotype (immer wiederkehrende) Selbstverletzungen*: rhythmisch wiederholte, gleichförmige und starr ablaufende Selbstverletzungen wie Sich-Beißen, Sich-Kratzen, Augen-, Nasen- und Ohren-Bohren oder Kopfschlagen. Vorkommen: häufig bei geistig Behinderten und hospitalisierten (in klinischer oder in Heim-Behandlung stehenden) Menschen.
- *Oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzungen*: Schneiden und Ritzen oder Verbrennen der Haut, das Ausreißen von Haaren, das Stören der Wundheilung sowie andere Formen, die episodisch oder wiederholt auftreten, aber nicht lebensbedrohlich sind. Vorkommen: Persönlichkeitsstörungen, Dissoziations-Symptome u. a. (Spannungs-Abbau, der nach festen Ritualen durchgeführt wird).

Diese Klassifikation wird auch heute nicht selten benützt, inzwischen aber ggf. durch differenziertere Vorschläge ergänzt. Dabei werden vor allem ursachenbezogene Kriterien vorgeschlagen.

Klassifikation der DGKJP

Ein solches Beispiel ist das *Klassifikations-System* der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (DGKJP). Im Einzelnen (stark verkürzt, Einzelheiten siehe die spezielle Fachliteratur):

Selbstschädigendes Verhalten wird unterteilt in heimliche Selbstbeschädigung, vorgetäuschte Erkrankung und offene Selbstbeschädigung (selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne).

Bei der heimlichen Selbstbeschädigung muss man erst einmal Simulation (Vortäuschung) sowie dissoziative bzw. somatoforme Störungen abgrenzen (Einzelheiten siehe die spezifischen Kapitel in dieser Serie).

Dann gilt es im Rahmen der artifiziellen Störung zu differenzieren in vorwiegend psychische, körperliche oder gemischt psychische/körperliche Sympto-

me sowie häufige Beziehungs-Abbrüche und Selbst-Entlassungen aus stationärer Behandlung.

Bei der offenen Selbstbeschädigung, also selbstverletzendem Verhalten im engeren Sinne, wird es schon komplexer: Zum einen spielen geistige Behinderung und/oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen eine Rolle. Zum anderen sind sie Ausdruck einer so genannten Impuls-Kontrollstörung ohne geistige Behinderung, bei Persönlichkeitsstörungen meist vom Borderline-Typ. Einzelheiten dazu siehe nachfolgender Kasten.

Zu denken ist auch an die Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, an Zwangssyndrome, Störungen des Sozialverhaltens und Deprivations-Syndrome (Einzelheiten siehe die spezifische Fachliteratur bzw. bestimmte Kapitel in dieser Internet-Serie).

Abzugrenzen davon sind Rumination (ständiges Hervorwürgen von Nahrung), das Pica-Syndrom und die Trichotillomanie (siehe die speziellen Kapitel).

Nicht zu vergessen ist die Selbstbeschädigung im Rahmen einer endogenen Psychose (vor allem schizophrene Psychosen, gelegentlich wohl auch schwere endogene Depressionen, wie man es früher nannte). Das Gleiche gilt für Selbstschädigungen im Rahmen von drogen-induzierten Psychosen (z. B. durch Halluzinogene, also Sinnestäuschungen provozierende Substanzen). Abgegrenzt werden muss auch stereotypes selbstbeschädigendes Verhalten bzw. stereotype Bewegungsstörungen mit entsprechender Ursache.

Selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Zu den häufigsten Krankheitsbildern bei selbstverletzendem Verhalten gehören Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Deshalb nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht in Ergänzung zu den entsprechenden Hinweisen in dieser Serie:

Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPD), auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ genannt (engl.: Borderline Personality Disorder) machen offenbar den größten Anteil der Patienten aus, bei denen Selbstverletzungen zu beobachten sind. Zur Diagnose gehören nach ICD-10 der WHO und DSM-IV-TR der APA (s. u.) folgende Kriterien:

- **ICD-10:** Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen findet sich eine deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln; ferner eine Neigung zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden (siehe auch selbstverletzendes Verhalten). Außerdem eine Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit der Unfähigkeit dieses explosive Verhalten

unter Kontrolle zu bringen. Dazu Schwierigkeiten entsprechende Handlungen durchzuziehen, die nicht unmittelbar belohnt werden. Typisch eine unbeständige und launische Dauer-Stimmung.

Zu den Eigenschaften/Verhaltensweisen gehören beispielsweise: Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild und Zielen; Neigung, sich (immer wieder) in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen. Trotzdem das übertriebene Bemühen, dass jederzeit drohende Verlassenwerden zu vermeiden, und sei es durch wiederholte Drohungen oder Handlungen mit *Selbstbeschädigung*. Außerdem ein anhaltendes Gefühl der Leere.

- **DSM-IV-TR:** Intensives Muster von intensiven, aber instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen „Über-Idealisierung“ und „Abwertung“ auszeichnen. Dabei verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres (sich nur vorgestelltes) Verlassenwerden zu verhindern. Ausgeprägte Identitätsstörung, d. h. anhaltend und deutlich gestörtes, verzerrtes oder instabiles Selbstbild bzw. Gefühl für die eigene Person. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten (z. B. Selbstverletzung). Wiederholte Suizid-Drohungen, Suizid-Gesten oder gar Suizid-Versuche bzw. *selbst-verstümmelnde Verhaltensweisen*; Instabilität im affektiven Bereich mit ausgeprägten Stimmungsschwankungen. Chronisches Gefühl der Leere sowie übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, diese Wut zu kontrollieren. Vorübergehende stressabhängige, schwere dissoziative Symptome (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie) oder paranoide (wahnhaft) Vorstellungen.

- **Epidemiologische Aspekte:** Von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sollen etwa 2% der deutschsprachigen Bevölkerung betroffen sein, überwiegend weiblichen Geschlechts (wobei möglicherweise Männer mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen eher zur Gewalttätigkeit nach außen neigen, und nicht nach „innen“, beispielsweise durch Selbst-Verletzungen). Dreiviertel dieser Patienten begehen Suizid-Versuche, 4 bis 9% gelingt es tatsächlich (chronische Suizidalität gehört zu den typischen Symptomen, was dann gesamthaft zu einer hohen Todesrate führt). Dies vor allem dann, wenn es sich um eine Ko-Morbidität handelt, insbesondere mit Bulimie, anderen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen.

- **Psychologische Erklärungs-Ansätze:** Bei den Selbst-Beschädigungen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen handelt es sich überwiegend um Verletzungen der Haut. Psychologisch gesehen geht es um plötzlich aufschießende und in der Folge nur langsam abklingende Gefühlsausbrüche (Fachbegriff: affektive Hyper-Reagibilität), einen inneren, qualvollen Anspannungs-Zustand, der nicht mehr zu ertragen ist, es sei denn durch Selbstverletzungen mit entsprechender Spannungs-Abfuhr. Die hierbei erzeugten oftmals blutenden Wunden vermitteln deshalb ein Gefühl von Lebendigkeit: „Blut tut gut“.

- **Die häufigsten Haut-Verletzungen** sind oberflächliche Ritz- und Schnittverletzungen durch Messer, Rasierklingen, Nägel u. a. Nicht selten finden sich auch eingeritzte Symbole wie Kreuze, Schriftzeichen oder ganze Schriftzüge mit appellativem oder symbolhaften Charakter. Auch das Ausdrücken von Zigaretten bzw. Verbrennungen oder Verätzungen sind möglich, seltener schwerwiegendere Verletzungen.

- **Verheimlichungs-Neigung:** Interessanterweise haben Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund ihrer „abwegigen Selbst-Behandlungsstrategie“, d. h. die erwähnte Spannungs-Abfuhr durch Selbstverletzung, seltener als andere Kranke die Neigung, ihre Verletzungs-Ursache zu verheimlichen. Das ermöglicht wenigstens eine mitunter raschere Diagnose und ggf. fachgerechte Therapie, was gerade hier wegen der ständigen Selbsttötungs-Neigung besonders wichtig ist.

Klassifikation nach DSM-IV-TR der APA

Selbstverletzendes Verhalten mag zwar ein breites Spektrum unfassbarer Handlungen umfassen, letztlich aber ist allen klar: Hier kann es sich nicht um eine seelisch gesunde Person handeln. Deshalb hat man im Rahmen der internationalen ton-angebenden Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) auch eigene Klassifikations-Kriterien vorgeschlagen und eingeführt. So die Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der APA als absichtliches Selbstverletzungs-Syndrom, aufgeteilt in nachfolgende kennzeichnende Merkmale:

1. Beschäftigung mit körperlicher Selbstverletzung, ohne dass eine bewusste suizidale Absicht oder suizidale Gedanken bestehen.
2. Unfähigkeit, dem Impuls zur Selbstverletzung zu widerstehen (wenn die Entscheidung einmal gefallen ist).
3. Dem Verhalten gehen emotionale Zustände wie zunehmende Anspannung, Wut, Angst, Traurigkeit oder allgemeine Belastung voraus, die weder gemieden noch kontrolliert werden können.
4. Auf das selbstverletzende Verhalten folgt unmittelbar ein Gefühl der Erleichterung, Zufriedenheit oder die Beendigung eines Depersonalisations-Zustandes (auf Deutsch: Ich bin nicht mehr ich selber).
5. Es müssen mindestens fünf selbstverletzende Handlungen durchgeführt worden sein (die Methoden können im Bereich der verschiedenen Selbstverletzungs-Episoden variieren).

6. Die Selbstverletzung tritt nicht im Rahmen einer psychotischen Störung (populär: Geisteskrankheit), geistigen Behinderung, Entwicklungsstörung oder als Folge einer körperlichen Erkrankung auf.
7. Das Verhalten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leid oder Beeinträchtigungen in den sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Selbstverletzendes Verhalten als Störung der Impulskontrolle

Natürlich sollte man diese Gruppierung auch in die bisherigen Klassifikations-Einteilungen einordnen können. Wissenschaftlich diskutiert wird dabei die Frage, ob selbst-verletzendes Verhalten eine so genannte „Störung der Impulskontrolle“ ist, die sich ja durch das Unvermögen auszeichnet, sich einem Drang zu widersetzen, der zu einer (auch selbst-)schädlichen Handlung führt. Denn dadurch wird ja die innere Spannung oder gar Erregung abgebaut.

Es wird aber auch diskutiert, ob man selbstverletzendes Verhalten nicht als „Abhängigkeitsstörung“ auffassen könnte, ähnlich dem Konzept der nicht-stoffgebundenen Suchtformen (z. B. Kaufsucht). Der bisherige Forschungsstand – so die Experten – spricht jedoch eher dafür, dass man selbstverletzendes Verhalten als eine Störung der Impulskontrolle zu begreifen hat.

Diese Ausführungen kann sich der lediglich an diesem Thema interessierte Nicht-Arzt oder -Psychologe natürlich schenken. Sie sollen auch nur demonstrieren, wie schwierig das Phänomen im Ganzen und entsprechende Klassifikations-Versuche im Speziellen sind. Und dass man permanent versucht, differenzierter und ergiebiger zu werden, nicht nur was Beschwerdebild, sondern auch Ursachen und Verlauf und damit therapeutische, wenn nicht gar vorbeugende Maßnahmen anbelangt.

Der Schwerpunkt des Buches von F. Petermann und S. Winkel liegt auf selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen, die ohnehin den größeren Anteil dieses Phänomens stellen. Wer sich hier detailliert einlesen will, dem sei dieses Fach(!)-Buch nochmals ans Herz gelegt. Im vorliegenden Übersichts-Beitrag verlassen wir aber jetzt das Buch mit seinem eher spezifischen Inhalt und lehnen uns an die Artikel der gleichen Autoren über selbstverletzendes Verhalten in den Fachzeitschriften *Nervenheilkunde* 9 (2007) 805 sowie *Nervenarzt* 9 (2008) 1017 an (siehe Literaturverzeichnis). Im Einzelnen:

HÄUFIGKEIT UND VERLAUF SELBSTSCHÄDIGENDEN VERHALTENS

Selbstverletzendes Verhalten fällt zwar auf, wahrscheinlich gibt es nichts, was mehr irritiert als die Folgen von Schneiden, Verbrennen, Ritzen, Schlagen u. a.

– so meint man. Dann muss man aber auch Gelegenheit haben, die „misshandelten“ Körperteile zu Gesicht zu bekommen, meist die Arme. Aber das lässt sich alles relativ leicht verbergen, verstecken, verheimlichen. So nimmt es nicht wundern, dass es zwar eine Reihe von entsprechenden Untersuchungen, aber auch sehr unterschiedliche Zahlen-Angaben gibt.

Selbstverletzendes Verhalten ist im Kindesalter und im höheren Erwachsenenalter selten; am häufigsten findet man es bei Jugendlichen ab 14 Jahren und jungen Erwachsenen, erklären die Experten. Meist tritt es in der Pubertät erstmalig auf. Befragungen unter Jugendlichen ergeben Zahlen von etwa 7 bis 15%. 4% haben mehr als drei Episoden krankhaften Selbstverletzungs-Drangs pro Jahr zu verkraften. Am häufigsten finden sich die bereits erwähnten oberflächlichen und mittelschweren Fälle. Bei den Erwachsenen sind es immer noch rund 4%.

In bestimmten Gruppierungen muss man jedoch mit deutlich mehr Selbstverletzungs-Raten rechnen. Das betrifft sowohl junge Patienten aus der ambulanten oder stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung als auch den erwähnten Sonderfall der geistigen Behinderung. Hier kann es sogar erwachsene Patienten über den gesamten Lebenszeitraum hinaus in bis zu 45% aller erfassten Fälle treffen.

Einigen Studien zufolge scheinen Mädchen bzw. Frauen häufiger betroffen zu sein als Jungen bzw. Männer (z. B. in einer aktuellen Studie aus dem Jahre 2008 an über 30.000 Jugendlichen zwischen 15 und 16 Jahren aus verschiedenen Ländern Europas, aber auch Australien: Mädchen doppelt so häufig wie Jungen).

Bei genauer Kontrolle lassen sich solche Unterschiede aber nicht immer nachweisen. Immerhin beginnen Mädchen im Durchschnitt ein bis zwei Jahre früher. Das hängt wahrscheinlich mit den Belastungen der Pubertät zusammen, die das weibliche Geschlecht früher und möglicherweise intensiver betrifft.

Wenn die Selbstverletzungen einmal eingesetzt haben, dann drohen sie immer wieder (Fachbegriffe: repetitives Verhaltensmuster) – häufig mehrmals pro Woche. Und es kann Jahre, ja Jahrzehnte dauern, und sogar über diesen Zeitraum unentdeckt (und damit unbehandelt) bleiben.

Erst im mittleren Erwachsenen-Alter nimmt bei den Betroffenen die Häufigkeit ab, allerdings nicht in jedem Fall.

RISIKOFAKTOREN ZUM SELBSTVERLETZENDEN VERHALTEN

Selbstverletzendes Verhalten geht nur selten auf eine Ursache zurück. Meist handelt es sich um ein Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren. Die Exper-

ten haben zusammengestellt, was alles von Bedeutung sein kann. Im Einzelnen:

- Unter den **biologischen Risikofaktoren** finden sich vor allem neurochemische Abweichungen im Gehirnstoffwechsel. Stichworte in Fachbegriffen: serotonerge Unterfunktion, Veränderungen im Dopamin- und Opiat-System u. a. Hier herrscht noch viel Forschungs-Bedarf, aber wohl auch ein wichtiger Zugang aus biologischer Sicht, was Verständnis, rechtzeitige Diagnose und damit gezielte Therapie anbelangt.
- Zu den **emotionalen (Gemüts-)Risikofaktoren** zählen (wieder in Fachbegriffen, Einzelheiten siehe die entsprechende Literatur): Störungen der Emotions-Wahrnehmung, hohe emotionale Erregbarkeit, starke negative Emotionen wie Scham, Angst, Wut, Anspannung und Defizite in der Emotions-Regulation.
- Die **sozialen (konkreter: psychosozialen) Risikofaktoren** lauten: Trennung, Krankheit oder Tod eines oder beider Elternteile; seelische Erkrankungen, vor allem Alkohol- und Drogen-Missbrauch bei einem oder beiden Elternteilen; schwere Konflikte mit der Familie oder mit Freunden bis hin zur sozialen Isolation; sozialer Stress durch Enge oder unerwünschten sozialen Kontakt, z. B. in Heimen oder unter Haftbedingungen; soziale Lernprozesse (Lernen in negativer Hinsicht) von selbstverletzendem Verhalten als „Problemlösung“ bei anderen Menschen (Negativ-Beispiele); Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe, die selbstverletzendes Verhalten als Ritual von ihren Mitgliedern fordert (z. B. „Mutprobe“) usw.
- Ein wichtiger Faktor, teils als Ursache, teils als Auslöser bzw. Konsequenz fortdauernder Belastung sind **traumatische Erlebnisse**: sexueller Missbrauch und/oder körperliche Misshandlung; Verlust wichtiger Bezugspersonen; Gewalt, und zwar an sich selber erfahren oder auch beobachtet; schwere Erkrankungen und/oder Operationen.

Am häufigsten finden sich offenbar sexuelle Missbrauchs- und körperliche Misshandlungs-Erfahrungen, insbesondere in der Kindheit.

- Dabei scheinen bei jungen Männern körperliche Misshandlungen mehr Bedeutung zu haben als die Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs oder einer emotionalen Vernachlässigung.
- Dagegen denkt man beim weiblichen Geschlecht eher an sexuellen Missbrauch, wobei jedoch hier neben traumatischen Kindheits-Erlebnissen auch eine Neigung zu gemütsmäßiger Übererregbarkeit und eine mangelnde Fähigkeit vorliegen, sich gemütsmäßig auszudrücken, beispielsweise darüber entlastend zu sprechen.

- Zuletzt muss auch an **psychische Störungen** gedacht werden: affektive Störungen d. h. Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen nach einem schweren Schicksalsschlag oder Erlebnis, Substanzmissbrauch (Rauschdrogen, Alkohol, Medikamente, Mehrfach-Abhängigkeit), Ess-Störungen, dissoziative Störungen (siehe das entsprechende Kapitel) sowie Persönlichkeitsstörungen (desgleichen, hier vor allem Borderline-Persönlichkeitsstörungen).

Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist es vor allem das „andauernde Muster von affektiver und interpersoneller Instabilität sowie deutlicher Impulsivität und einer damit verbundenen Neigung zu selbst-destruktiven Handlungsweisen“, wie es in der Fachsprache heißt. Oder kurz und allgemeinverständlich: Diese Menschen sind innerseelisch nicht im Gleichgewicht, gleichsam durchgehend instabil und dabei zusätzlich noch impulsiv, was eine unerträgliche Spannung aufbaut, die in ihren Augen nur durch Selbstverletzungen gelöst oder zumindest gemildert werden kann.

Auf jeden Fall kann das selbstverletzende Verhalten auf zweierlei hinweisen: Zum einen als Reaktion auf die Belastung durch solche Erkrankungen bzw. ihre Symptome und zum anderen als mehr oder weniger typische Merkmale dieser Störung, zumindest aber als Vorläufer der jeweiligen Erkrankung.

Beides ist auf jeden Fall ungünstig, was die Heilungsaussichten anbelangt und bedarf deshalb einer besonders raschen Diagnose und gezielter Therapie.

Zu den **wichtigsten (und häufigsten!) Risikofaktoren** gehören also Traumatisierungen, d. h. seelische Verwundungen wie körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch sowie Störungen der Emotions-Regulation (wie gehe ich mit meinen Gefühlen um).

Häufig ist auch das Zusammenfallen (Ursache und Folgen bzw. beides in einem Teufelskreis?) von selbstverletzendem Verhalten mit psychischen Störungen, vor allem der erwähnten Borderline-Persönlichkeitsstörung. Wenn sie unabhängig von anderen seelischen Erkrankungen auftreten, lassen sie sich auch als eigene Form der Impulskontroll-Störungen diagnostizieren.

Anmerkung: Unter Impulskontrolle versteht man die Steuerung und/oder Beherrschung eines Wunsches, Triebes oder Antriebs, auch in krankhaft gesteigerter Form. Bei einer verminderten oder gestörten Impulskontrolle kommt es zu mangelhaftem oder fehlendem innerem Widerstand gegen entsprechende Absichten. Beispiele: pathologisches Spielen oder Stehlen, Brandstiftung, Ausreißen der eigenen Haare u. a.

MOTIVE BEI SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN

Was bewegt einen Menschen, sich selbst zu verletzen? Entsprechende Befragungen ergeben eine Vielzahl von Beweggründen. Am häufigsten sind folgende Faktoren oder Grundmotive, wie sie Professor F. Petermann und Frau Dr. Winkel aus entsprechenden Studien zusammenfassen:

- Selbstbestrafung
- Ausdruck eigener Not und Verzweiflung
- Verminderung von Stress und Anspannung
- Kontrolle eigener Wut
- Regulierung dissoziativer Symptome (Konversions-Störungen genannt wie Erinnerungslosigkeit, unbewusste Ortsveränderung, seelisch-körperliche Erstarrung, Trance und Besessenheits-Zustände, Störungen von Bewegung und Sinnesempfindungen bis hin zur multiplen Persönlichkeitsstörung)
- Kontrolle unerwünschter Erinnerungen (Fachbegriff: Flashbacks)
- Demonstration eigener Hilfsbedürftigkeit
- Herstellung von Geborgenheit und Sicherheit
- Versuch, sich selbst zu verletzen anstelle einer anderen Person

Diese Motive lassen darauf schließen, dass selbstverletzende Handlungen vor allem in oder nach Situationen auftreten, die seelisch außerordentlich stark belasten und entsprechend ausgeprägte negative Gefühle auslösen. Oder kurz: eine Strategie zur Bewältigung unerträglicher Emotionen.

Das geht schon daraus hervor, dass sich die Stimmungslage dieser Menschen nach einer Selbstverletzung deutlich verbessert: Anspannung, Wut auf sich selber oder auf andere Menschen, Traurigkeit und Gefühle der Leere und Einsamkeit nehmen nach selbstverletzendem Verhaltensweisen deutlich ab. Ja, es kann zu Gefühlen der Erleichterung und sogar der Euphorie (also eines inhaltlichen Glücksgefühls) kommen, ein Effekt, den man eigentlich unter diesem Aspekt nur mit der Freisetzung körpereigener Opiate (Endorphine genannt) zu erklären vermag. Also Selbstverletzung → entsprechende biochemische Reaktionen im Gehirn → Erleichterung oder gar Glücksgefühl.

Noch interessanter ist die Erkenntnis, dass Gefühle krankhafter innerer Leere, ja von Realitäts-Verlust nach innen und nach außen durch selbstverletzendes Verhalten gemildert oder aufgehoben werden können. Offenbar lenkt der starke körperliche Reiz der Selbstverletzung die Aufmerksamkeit des Betroffenen wieder auf sich selber, das Hier und Jetzt zurück.

Darüber hinaus kann selbstverletzendes Verhalten unangenehme Gedanken und unerwünschte Erinnerungen vertreiben, so die Betroffenen selber.

Und schließlich können Selbstverletzungen auch gezielt zur Selbstbestrafung für vermeintliche Verfehlung oder unverzeihliches Versagen eingesetzt werden; damit sollen für „Gerechtigkeit“ gesorgt und entsprechende Schuldgefühle reduziert werden.

Schließlich haben Selbstverletzungen auch eine sozio-regulative Funktion, ja eine kommunikative und soziale Bedeutung bzw. Aussage. Denn dadurch werden starke negative Gefühle ausgedrückt, wie man es vielleicht anders nicht erreichen könnte. Und sie werden der Umwelt mitgeteilt (allerdings nur bei denen, die das wünschen und ihr Verhalten nicht sorgfältig verbergen).

Insgesamt berichten aber nur relativ wenige Betroffene, dass sie mit selbstverletzendem Verhalten gezielt andere Personen beeinflussen oder ihre Aufmerksamkeit auf sich ziehen möchten. Es besteht aber kein Zweifel, dass damit ggf. ein starkes Druckmittel zur Verfügung steht, wenn es denn eingesetzt wird. In der Diagnose und Therapie wird diese soziale Funktion des selbstverletzenden Verhaltens jedenfalls entsprechend bearbeitet bzw. behandelt.

Trotz aller subjektiv positiv erlebten Wirkungen löst selbstverletzendes Verhalten auch Gefühle der Beschämung aus. Schließlich kann man nicht davon ausgehen, dass andere derlei akzeptieren, zu irritierend bis schockierend sind die sichtbaren Folgen. Es drohen also zumindest Unverständnis, in der Regel vor allem Kritik, wenn nicht Ablehnung und Ausgrenzung. Außerdem muss man mit zumeist sichtbar-entstellenden Narben rechnen, und das oft lebenslang.

So gesehen dient selbstverletzendes Verhalten zwar der kurzfristigen Emotions-Regulation und Bewältigung belastender Situationen, ist aber langfristig dysfunktional, wie F. Petermann und S. Winkel mahnen. Denn die gemütsmäßigen und psychosozialen Probleme werden damit ja nicht gelöst; und bei der nächsten belastenden Situation tritt der Drang nach Selbstverletzung erneut auf. Der kurzfristigen Erleichterung folgen langfristig nur die bekannten Gefühle der Beschämung und persönlichen Unzulänglichkeit, was wiederum nur durch erneute Selbstverletzung bewältigt werden kann – ein Teufelskreis.

Dadurch kann selbstverletzendes Verhalten geradezu suchartige Züge annehmen, aus dem sich so manche Betroffene nur noch schwer allein befreien können. Deshalb die wissenschaftlich diskutierte Frage, ob es sich hier nicht um eine **besondere Form süchtigen Fehlverhaltens** handeln könne.

Zuletzt sei auch auf die wissenschaftliche Überlegung hingewiesen, selbstverletzendes Verhalten als **suizidales Phänomen** zu interpretieren. Denn beides weist Gemeinsamkeiten auf. Doch es gibt auch Unterschiede:

Suizidale Verhaltensweisen zielen auf eine Selbsttötung, die Beendigung des eigenen Lebens. Oberflächliche und mittelschwere Selbstverletzungen werden dagegen häufig ausgeführt, um negative Gefühle zu reduzieren.

Allerdings muss man einräumen, dass bei etwa jedem Dritten mit selbstverletzenden Verhalten zumindest suizidale Gedanken zum Zeitpunkt der Verletzung vorliegen (je nach Studie zwischen 28 und 41%).

Suizidal motivierte Handlungen sind allerdings im Unterschied zu oberflächlichen mittelschweren selbstverletzenden Verhaltensweisen gekennzeichnet durch:

- eine geringere Häufigkeit sowie
- meist nur eine Verletzungs-Methode (die aber auch eine hohe Letalitäts-, d. h. Tödlichkeits-Rate aufzuweisen pflegt)

Deshalb empfehlen die Experten für eine möglichst genaue Beurteilung der vorliegenden Selbstbeschädigung, also entweder selbstverletzendes Verhalten oder suizidale Handlung, folgende Kriterien zu berücksichtigen: Intention (Absicht), Zahl der Episoden sowie das medizinische Risiko eines tödlichen Ausgangs.

HINWEISE AUF SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Selbstverletzendes Verhalten ist also immer als Hinweis auf eine schwere psychische Belastung, in manchen Fällen sogar als Zeichen einer psychischen Störung zu sehen. Hier hilft nur noch professionelle Unterstützung, um die persönlichen sozialen Probleme, ihre Folgen und ggf. die zugrunde liegende Krankheit zu bewältigen.

Das heißt aber, dass erst einmal Eltern, Lehrer, Jugendleiter, auch Freunde und Nachbarn in der Lage sein müssen, selbstverletzendes Verhalten zu erkennen – und darauf zu reagieren. Bei den einen gehört es zur Kernaufgabe (z. B. Eltern), andere sehen sich hier ggf. weniger in die Pflicht genommen, ja befürchten unangenehme Reaktionen (z. B. weitere Familienangehörige, insbesondere Geschwister, aber auch Lehrer, Vorgesetzte, Nachbarn, Bekannte u. a.).

Letztlich hilft nur eine fachliche Diagnose und professionelle Therapie, ganz gleich, wie der Patient auf ein solches Anersinnen erst einmal reagiert. Diese Reaktion muss – nebenbei gesagt – nicht nur brüsk, beleidigt, empört usw. sein, nein, in der Mehrzahl der Fälle wissen die Betroffenen ja, dass ihr Verhalten sozial nicht akzeptabel ist und andere Menschen, vor allem aus dem näheren Umfeld, irritiert, traurig macht, vielleicht sogar abstößt.

Also versuchen sie so lange wie möglich, die sichtbaren Ergebnisse, nämlich Verletzungen und Narben zu verstecken und – wenn dies nicht mehr gelingt –

ihre Ursachen zu bagatellisieren. Beispiele: eine Wunde als Folge eines Unfalls, ein tiefer Schnitt im Rahmen einer medizinischen Versorgung, eine Verbrennung als Missgeschick u. a. Ärzte lassen sich aber von derlei nicht beeindrucken, schließlich gibt es ganz bestimmte differenzialdiagnostische Hinweise, wie man solche Veränderungen zu bewerten hat. Einzelheiten dazu siehe der nachfolgende Kasten und später die spezifischen Hinweise aus rechtsmedizinischer Sicht.

Hinweise auf selbstverletzendes Verhalten*

- Bei Rechtshändern wird zumeist der linke Arm, bei Linkshändern der rechte Arm verletzt.
- Es liegen zahlreiche Verletzungen in unterschiedlichen Stadien des Abheilens vor.
- Die Schnittführung oder die Art der Verletzung (z. B. tiefe Verbrennungen durch Zigaretten) lassen darauf schließen, dass die Verletzung absichtlich zugefügt wird und nicht versehentlich unterlaufen ist.
- Verletzungen und Narben sind so angelegt, dass sie regelrechte Muster oder „Symbole“ auf der Körperoberfläche bilden.
- Es gibt keine Hinweise auf Fremd-Einwirkung, z. B. Gewalt durch andere Personen.

Nach F. Petermann und S. Winkel, 2007

* Weitere Hinweise aus rechtsmedizinischer Sicht siehe das spezielle Kapitel am Ende dieses Beitrags.

Besteht aber der Verdacht auf selbstverletzendes Verhalten, so soll man nicht mit Tadel oder Vorwürfen, schon gar nicht mit Spott und Häme reagieren, sondern offen und direkt, aber behutsam und ohne entsprechende Untertöne, schon gar nicht mit Drohungen dieses Thema ansprechen. Die meisten Betroffenen reagieren positiv auf Verständnis und echte Hilfs-Angebote, ist doch das eigentliche Problem nicht die sichtbare Folge, sondern die dahinterstehende Not.

WAS KANN MAN TUN?

Ist also ein vertrauensvoller Kontakt hergestellt und die Diagnose gesichert, dann gilt es über Behandlungs-Möglichkeiten zu reden – und zwar nicht nur

wegen der sichtbaren Folgen, sondern auch wegen der unsichtbaren psychosozialen Ursachen. Was heißt das?

Selbstverletzendes Verhalten hat also zumeist seelische oder psychosoziale Ursachen, Hintergründe, Motive. Diese sind das wichtigste Ziel und hier sollte auch das entsprechende Hilfsangebot gemacht werden. Allerdings ohne Druck.

Die Behandlung orientiert sich deshalb an den zugrunde liegenden Belastungen bzw. der entsprechenden psychischen Störung, ist aber auch von Alter und Lebenssituation abhängig.

Da sich die belastenden Faktoren nicht ohne weiteres mildern oder gar löschen lassen, gilt es die bisherige „dysfunktionale Bewältigungs-Strategie“, wie es die Experten nennen, durch alternative, sinnvolle und vor allem nicht entstellende Bewältigungs-Strategien zu ersetzen.

Handelt es sich beispielsweise um depressive Beeinträchtigungen und wird selbstverletzendes Verhalten wie eine Art Selbst-Medikation (einschließlich beruhigende und stimmungsstabilisierende Genussmittel) eingesetzt, muss über eine kognitive Verhaltenstherapie versucht werden, die labile Stimmungslage zu stabilisieren. Das kann nebenbei auch mit Unterstützung von entsprechenden Medikamenten geschehen (s. u.). Vor allem aber sollte es frühzeitig erfolgen. Denn bei länger bestehendem selbstverletzendem Verhalten können sich regelrechte sucht-ähnliche Verhaltensmuster ausbilden, wie die Erfahrung lehrt.

Liegen Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung vor (s. o.), was die Situation auf eine andere Ebene hebt und damit komplizieren kann, dann hat sich eine besondere Form der kognitiven Verhaltenstherapie bewährt, nämlich die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT). Im Mittelpunkt dieses Therapieverfahrens geht es um kognitive (vom lat.: cognoscere = erkennen) Fertigkeiten, die dabei helfen sollen, Emotionen zu tolerieren bzw. zu regulieren – und damit Probleme zu lösen und Krisen zu bewältigen.

Weitere Behandlungs-Aspekte, was die psychotherapeutischen Möglichkeiten (und leider auch Grenzen) anbelangt, würden jedoch an dieser Stelle zu weit führen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Wichtiger für den interessierten Laien sind hingegen zwei Themen-Kreise, nämlich 1. Psychopharmaka bei selbstverletzendem Verhalten sowie 2. was können Angehörige, Freunde u. a. tun? Dazu nachfolgend etwas ausführlicher:

Psychopharmaka bei selbstverletzendem Verhalten?

Psychopharmaka, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, werden gerne verteufelt. Nur selten hört man in

der Allgemeinheit von Erfolgen, häufig aber von Nebenwirkungen oder Medikamenten-Wechselwirkungen, wenn mehrere Präparate mit unterschiedlicher Aufgabe zusammengenommen werden müssen. Entspricht das der Realität? Nein, es entspricht nur einer sonderbaren Einstellung, die vor allem diese Arzneimittel trifft, nämlich Antidepressiva, Tranquilizer (Beruhigungsmittel) und Neuroleptika (antipsychotisch wirksame Substanzen). In neuerer Zeit auch die so genannten Phasen-Prophylaktika zur Rückfall-Verhütung von depressiven und manischen Zuständen (z. B. Lithium) und die Psychostimulanzien, heute vor allem zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt.

Es ist so, als würden sich die Betroffenen schämen und nach Gründen suchen, solche Medikamente nicht einnehmen zu müssen (ein Problem, das Schmerz-, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Blutzucker-, Krebs- und andere Substanzen nicht teilen müssen).

Es ist also nicht zuletzt das Krankheitsbild, das verlegen macht, vor allem nicht so problemlos vorgezeigt werden kann wie ein Beinbruch, weshalb man sich bei Depressionen, Angststörungen, Suchtkrankheiten u. a. eher bedeckt hält. Und als Grund sind Hinweise auf Nebenwirkungen gerne willkommen, das zieht immer (obgleich es kein wirkungsvolles Arzneimittel gibt, das nicht auch Nebenwirkungen hat, viele sogar mehr als die meisten Psychopharmaka auch nur theoretisch auslösen können). Gleichwohl, dies ist nicht der Ort, wohl aber wieder einmal die Gelegenheit, im Rahmen eines besonders irritierenden Krankheitsbildes, nämlich des selbstverletzenden Verhaltens, auf die Möglichkeiten und – natürlich – Grenzen der Psychopharmaka hinzuweisen.

Leider mangelt es hier noch an fundierten Untersuchungen (Fachbegriffe: randomisiert und placebo-kontrolliert). So genannte offene klinische Studien weisen jedoch darauf hin, dass eine psychopharmakologische Behandlung selbstverletzendes Verhalten reduzieren und die Psychotherapie sinnvoll ergänzen kann.

- Das geht auf das zurück, was eingangs erwähnt wurde, nämlich die Stoffwechselstörungen im Gehirn mit den Neurotransmittern (Botenstoffen) Serotonin, Dopamin u. a. Ein besonderer Ansatzpunkt ist das erwähnte Serotonin-System. Inzwischen ist man wissenschaftlich soweit, dass man entsprechende Mangel-Zustände objektivieren kann, in diesem Fall eine so genannte zentrale Serotonin-Unterfunktion, also zu wenig von diesem Neurotransmitter in den dafür zuständigen Regionen bzw. Funktions-Systemen des Gehirns. Hier können bestimmte Psychopharmaka helfen, die schon seit mehr als zwei Jahrzehnten bei Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen usf. eine durchaus segensreiche Wirkung entfalten (am besten – wie erwähnt – in Kombination mit Psychotherapie und soziotherapeutischen Unterstützungsmaßnahmen).

Solche selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (wie der Fachbegriff lautet, Kürzel: SSRI) verlängern die Verfügbarkeit des Botenstoffs Serotonin und reduzieren damit die negativen Folgen eines Serotonin-Mangels. Dazu gehören beispielsweise gesteigerte Impulsivität, wenn nicht gar Selbst- und Fremd-Aggressivität. Unter der Behandlung mit diesen antidepressiven Psychopharmaka, besonders wenn mehrere Heilanzeigen (s. o.) zu bewältigen sind, hat man bei selbstverletzendem Verhalten gute Erfolge registrieren können.

- Ein weiterer therapeutischer Angriffspunkt ist das körper-eigene Opiat-System. Wie bereits erwähnt, werden bei Verletzungen von Körpergewebe körpereigene Opiate, die so genannten Endorphine, freigesetzt. Sie reduzieren das Schmerzgefühl und können sogar eine kurzfristige Hochstimmung auslösen. Wissenschaftlich nimmt man an, dass manche Menschen aufgrund ihrer Abweichungen im Opiat-System auf erhöhte Opiat-Ausschüttungen angewiesen sind, um das notwendige Wohlbefinden zu garantieren. Solche erhöhte Opiat-Ausschüttungen können durch Selbstverletzungen aktiv ausgelöst werden. Umgekehrt können Abweichungen oder Störungen im körpereigenen Opiat-System zu einem Risikofaktor werden, so etwas gezielt zu provozieren, z. B. durch selbstverletzendes Verhalten. Das kann schließlich sogar in eine Art zwanghaftes, wenn nicht gar suchartiges (Fehl-)Verhalten übergehen.

Wird also selbstverletzendes Verhalten als suchartig erlebt, könnten so genannte Opiat-Antagonisten, die diesem Wirkungsmechanismus entgegen treten und damit den negativen Hintergrund neutralisieren, eine sinnvolle Behandlungs-Alternative sein. Hier herrscht allerdings noch weiterer Forschungsbedarf.

- Schließlich steht noch eine dritte Wirkstoffgruppe zur Verfügung, die schon erwähnten Neuroleptika, meist als Antipsychotika eingesetzt gegen schizophrene Psychosen, schizophrenie-nahe Erkrankungen, wahnhafte Störungen u. a. Diese Neuroleptika, vor allem die Wirkstoffgruppe der so genannten atypischen (also jüngeren, „modernerer“) Neuroleptika, beeinflussen nicht zuletzt das schon erwähnte Dopamin-System im Gehirn, das an der Auslösung selbstverletzenden Verhaltens beteiligt ist. Eine Behandlung mit solchen Arzneimitteln wird deshalb vor allem dann empfohlen, wenn Spannungszustände und Ängste auftreten, die ihrerseits zu selbstverletzendem Verhalten führen.

Kurz: Auch das bisher vorliegende medikamentöse Angebot gibt zu Optimismus Anlass. Und den braucht man wahrhaftig. Denn selbstverletzendes Verhalten ist und bleibt ein irritierendes, wenn nicht gar schockierendes Phänomen.

Und wer wird als Erstes damit konfrontiert? Die Angehörigen im weitesten Sinne. Hier werden auch als Erstes die Weichen gestellt, und zwar in Richtung Psyche und Genesung (vor allem dauerhaft) oder – im negativen Sinne – in al-

lem, was sich daraus folgenschwer ergeben kann: seelisch, körperlich, psychosozial, d. h. partnerschaftlich, familiär, beruflich, Arbeitsplatz, Freundeskreis u. a. Deshalb ist es wichtig zu wissen, wie sich die Angehörigen (und Freunde, die oftmals mehr Einfluss haben) verhalten sollten.

Angehörige: was können sie tun, was sollen sie vermeiden?

Nicht nur Familien-Mitgliedern (also Eltern und Geschwistern), sondern auch weiteren Verwandten, Freunden, Lehrern, Pfarrer, Nachbarn u. a. pflegt irgendwann etwas aufzufallen, was sie irritiert, befremdet – und was sich schließlich als schwer fassbare Realität herausstellt: Hier gibt es jemand, der aus seinem verwandtschaftlichen bzw. zwischenmenschlichen oder zumindest räumlichen Umfeld stammt und der Unter- oder Oberarme, Handgelenke, Unter- oder Oberschenkel, Knöchel, Knie, Hände, Finger, ja sogar Unterleib oder andere Körperteile durch Schneiden, Ritzen, Kratzen, Schlagen, Beißen, Verbrennen, Durchstechen, Ausreißen usw. bewusst und mutwillig schädigt. Das geht von dezenten über gesundheitlich ernstere Folgen bis zu unfassbaren Eingriffen wie Verletzung der Genitalien, Ausreißen eines Auges oder Selbst-Amputation.

Hier wurden die wichtigsten Handlungen noch einmal aufgezählt, um die Reaktion des Umfelds verstehen zu lernen. Denn das erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich, ja die Situation noch erschwerend – wobei man sich ruhig einmal selber fragen sollte, wie man auf so etwas reagieren würde. Die Autoren F. Petermann und S. Winkel geben in ihrem empfehlenswerten Buch über *Selbstverletzendes Verhalten* am Schluss eine hilfreiche Übersicht, die sich vor allem auf das englischsprachige Sachbuch von T. Alderman bezieht (*The scarred soul: Understanding and ending self-inflicted violence*. New Harbinger Publications, Oakland 1997). Dort wird anschaulich beschrieben, welche ambivalenten und überwältigenden Gefühle und Gedanken durch selbstverletzendes Verhalten ausgelöst werden können, vor allem wenn sie einen erstmalig und unvorbereitet konfrontieren. Zu den unmittelbar auftretenden Emotionen gehören häufig Entsetzen und Unverständnis, vielleicht auch Enttäuschung über den Vertrauensbruch (Geheimhaltung, Lügen über falsche Ursachen der sichtbaren Verletzung u. a.); oder auch Wut, weil das selbstzerstörerische Verhalten nicht kontrollierbar erscheint, vielleicht ein Gefühl der Ohnmacht auslöst.

Auch Schuldgefühle können aufkommen, vor allem wenn man sich unfähig fühlt, ein solches Verhalten zu unterbinden. Ähnliches gilt für den heimlichen Verdacht, durch sein eigenes Verhalten möglicherweise die Selbstverletzungen ausgelöst oder dazu beigetragen habe, z. B. durch emotionale Vernachlässigung, zu viel oder ungerechte Kritik usw. Schuldgefühle wiederum können Wut gegenüber jener Person aufbauen oder verstärken, die für das Ganze verantwortlich ist. Das macht die Situation noch komplizierter, jetzt bei Aggressionen auf beiden Seiten.

Die Expertin T. Alderman weist aber daraufhin, dass Schuldgefühle im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten zwar häufig auftreten, jedoch weder angemessen noch nützlich sind, jedenfalls zumeist. Das sei es schon wirkungsvoller, nach den aktuellen Bedürfnissen des Betroffenen zu fragen, denn dann kann man konkrete Hilfe anbieten, statt nach möglichen eigenen Versäumnissen in der Vergangenheit zu wühlen.

Es können aber auch andere Reaktionen auftreten, beispielsweise Mitgefühl, Traurigkeit, der Versuch, sich in den anderen hineinzudenken, um diese an sich ungewöhnlichen „Selbstverstümmelungen“ irgendwie nachzuempfinden. Mitgefühl allein, so die Fachleute, ist aber nicht hilfreich. Man muss konkret vorgehen, d. h. nach möglichen Ursachen fahnden und entsprechende Korrekturen bzw. Hilfestellungen erwägen (s. später).

T. Alderman erwähnt auch jene negativen Gefühle des Umfelds, die häufig fast schon automatisch auftreten, sich regelrecht aufdrängen – und den Betroffenen noch mehr belasten. Zu solchen gedanklichen Reaktionen gehören beispielsweise: Er ist an allem selber Schuld. Du bist ja verrückt. Du bist nicht mehr der, für den ich dich gehalten habe (z. B. mein Sohn, meine Tochter). Du machst es nur, um mich/uns zu manipulieren, unter Druck zu setzen, abzustrafen usw.

Natürlich sind solche Gedanken unbewusste Vorgänge, wenigstens überwiegend. Man muss sie sich trotzdem bewusst machen – vor allem die möglichen Konsequenzen. Dann fallen einem ggf. auch realistischere, hilfreichere Alternativen ein. Zum Beispiel: Ich weiß, dass es dir augenblicklich schlecht geht und du deshalb Dinge tust, die ich/wir nur schwer verstehen kann/können. Du leidest selber am meisten unter deinem Verhalten, darum möchte ich dir helfen. Auch wenn du mich zurückweist, weiß ich doch, dass du mich gerade jetzt brauchst.

Konkrete Empfehlungen

Nachfolgend deshalb aus dem Buch *Selbstverletzendes Verhalten* eine komprimierte Übersicht jener Empfehlungen, die T. Alderman für Angehörige von Personen mit selbstverletzendem Verhalten gibt. Beispiele:

- Es ist aussichtsreicher, mit den Betroffenen über sein selbstverletzendes Verhalten offen zu sprechen, zumal es ein so genanntes Tabu-Thema ist. Eine ängstliche Vermeidung des Problems verstärkt noch Scham und Schuld und damit den Teufelskreis. Außerdem würde sich der Betroffene isoliert und allein gelassen fühlen, wozu noch Verlassenheits-Gefühle kämen, ein weiteres Risiko für fortgesetztes selbstverletzendes Verhalten. Im Grunde ist es – zumindest fürs Erste – nicht notwendig, von vornherein genau zu wissen, was diese Selbstverletzungen sagen,

ausdrücken, vermitteln sollen, d. h. Anklage, Bitte um Hilfe, verzweifelter Aufschrei usf.

Das *Gesprächs-Angebot* an sich wirkt auf jeden Fall unterstützend und eröffnet die Wege für ein weiteres, gezieltes und damit erfolgreiches Vorgehen.

Aber wie beginnen, wie das Gespräch einleiten? Die Expertin T. Alderman empfiehlt dieselben einfachen Einleitungen, wie sonst auch, nur eben jetzt auf das spezifische Thema bezogen: Wie lange verletzt du dich schon selber? Oder: Wie und wo hast du gelernt, dich selber zu verletzen?

- Die betroffene Person unterstützen, wozu ein *offenes Gespräch* bereits die hilfreiche Einleitung ist. Für viele, insbesondere Mädchen im Jugendalter, ist es von wesentlicher Bedeutung, mit Aufmerksamkeit, Respekt und Anteilnahme angehört zu werden, wenn sie sich über ihre Gefühle und Probleme äußern sollen. Hier bedeutet Fürsorge in erster Linie Zuhören (was im Übrigen für die Hilfestellung jeglicher Art, in jeglicher Situation und für jeglichen Gegenüber gilt).

Leider sind diese (ja meist jungen) Menschen nicht dazu bereit, sich offen auszusprechen und vor allem ihre Bedürftigkeit zuzugeben. Deshalb kann es nützlich sein, eine eigene Rat-, ja Hilflosigkeit anzudeuten. Beispielsweise mit der Frage, wie man über dieses Gespräch hinaus konkret helfen könnte.

Auf jeden Fall sollte man sich vor negativen Reaktionen jeglicher Art über das selbstverletzende Verhalten hüten, sie nicht offen und direkt zeigen, was schon reicht, denn das Herunterspielen ist ja ebenfalls nicht glaubwürdig und kommt nicht gut an.

- *Für den Betroffenen da sein.* Das hört sich schlicht an, ist aber eine große Aufgabe, man muss sie nur wirklich realisieren wollen. Dies erfordert mehr Einsatz, als man sich vorstellen kann, und zwar nicht nur örtlich, sondern auch zeitlich. Denn selbstverletzendes Verhalten findet häufig dann statt, wenn die betroffene Person allein ist oder sich alleine/verlassen fühlt.

Die Anwesenheit des Unterstützungswilligen stellt daher einen wichtigen Schutzfaktor dar. Man muss halt dann auch wirklich verfügbar sein, nicht nur Verfügbarkeit versprechen. Gerade Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten bitten nicht gerne von sich aus um Unterstützung; deshalb müssen die Angehörigen selber die Initiative ergreifen und konkrete Hilfe anbieten, so die Therapeutin T. Alderman.

- *Nicht versuchen, das selbstverletzende Verhalten zu unterbinden.* Das hört sich erst einmal gewöhnungsbedürftig an und hat natürlich dort seine Grenzen, wo es sich um gefährliche Eingriffe handeln könnte, alleine schon vom Verdacht her. Nach Ansicht der Expertin ist ein unsensibles

Einschreiten eher kontraproduktiv, d. h. läuft einer verstehenden und stützenden Hilfe eher zuwider. Der Grund: Gerade solche Jugendliche würden in vielen Fällen ihr Verhalten gerne selbst aufgeben, können dies aber nicht, sind (noch) nicht in der Lage, die dafür notwendigen Bewältigungs-Mechanismen aufzubringen.

Wenn also der Helfende offensichtlich nur verbietet, ohne dass die dahinter liegenden psychodynamischen Ursachen geregelt werden, wird der Betroffene sein selbstverletzendes Verhalten nicht aufgeben, sondern nur noch mit mehr verheimlichten Gefühlen von Schuld, Scham und Versagen weitermachen. Denn gegenüber den als verständnislos erlebten Angehörigen (ob gewollt oder nicht) entstehen aversive Gefühle, wie es die Experten nennen, also Abneigung, Widerwille und damit auch Widerspruch; eine offene Kommunikation wird unmöglich.

Manche Jugendliche verstärken ihr selbstverletzendes Verhalten nach einem Verbot oder entsprechenden Eingriff sogar, um das natürlich irrierte, aber für sie nach wie vor entscheidende Gefühl von Selbstkontrolle wieder zu erlangen, das durch das Verbot ja nur eingeschränkt wurde. Was die Betroffenen brauchen, ist also Unterstützung, nicht zusätzlicher Druck, wie das schlichte Verbieten von den seelisch ohnehin Gestörten empfunden wird, im Gegensatz zum „gesunden“ Umfeld mit seinen vernunft-gesteuerten Gründen, Argumenten und Handlungen. Entscheidend ist in solchen Fällen offensichtlich nicht das, was „man“ denkt, also alle jene mit „gesundem Empfinden“, sondern das, was dem Opfer gestörter innerseelischer Abläufe gleichsam diktiert wird.

Eingriffe, die den Gesunden also nachvollziehbar, ja zwingend erscheinen, bringen das gestörte Denk-, Gemüts- und Verhaltens-System dieser Patienten nur durcheinander. Die Folge: jetzt erst recht, um wieder etwas Stabilität in der Instabilität zu bekommen (ein pathologisches Phänomen, das nebenbei nicht nur solche Patienten betrifft, es findet sich häufig in der „gestörten Seelenlandschaft“, wengleich in der Allgemeinheit natürlich nicht nachvollziehbar).

- *Die Belastung der Jugendlichen anerkennen.* Frau Dr. Alderman und ihre deutschen Kollegen F. Petermann und S. Winkel weisen in ihren Publikationen immer wieder darauf hin, wie wichtig das Verständnis ist. Dies hört sich einfach an, ist aber gerade in diesem Punkt besonders schwer, nämlich ein Verhalten zu verstehen, das den Betroffenen selber schädigt, obgleich er vorgibt, es erleichtere ihm „die innere Befreiung“.

Nicht nur die Angehörigen (die aber in der Regel als erste), auch allen anderen in ein solches Phänomen Einbezogenen sollten sich also stets vor Augen führen, dass hier jemand unter einer extremen psychischen Belastung leidet und – ganz besonders wichtig – kein anderes Mittel als die Selbstverletzung verfügbar hat, um dieser Qual zu entgehen. Denn durch diese Wunden wird der seelische Schmerz erst ausdrückbar, sichtbar, dadurch auch besser ertragbar.

Schlussfolgerung: Es müssen deshalb nicht nur körperliche Schmerzen anerkannt werden, das kann jeder, es muss auch gelernt werden „emotionale, also Gemüts-Schmerzen“ zu begreifen und zu akzeptieren. Nur dadurch können die Betroffenen Gelegenheit erhalten, ihre Gefühle auszudrücken, ohne sich selbst zu verletzen.

- *Sich selbst Hilfe suchen.* Natürlich gilt die alte Regel: Je stabiler und seelisch ausgeglichener das Umfeld ist, desto gezielter, nachhaltiger und erfolgreicher kann jenen Familienmitgliedern geholfen werden, die sich selbst verletzen. Stabil ist aber nicht jeder, und in einer solchen Situation allemal nicht. Hier sollte man sich nicht übernehmen.

Weil also der Umgang mit sich selbstverletzenden Angehörigen, Freunden, Bekannten, ja auch Arbeitskollegen und Nachbarn im höchsten Maße belastend sein kann, wenn man sich hier helfend einbringen will, empfiehlt die Expertin Frau Dr. Alderman, sich selbst Unterstützung bei verständnisvollen Freunden, notfalls aber auch psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen zu suchen. Das ist keine Schande, das ist eine wohl durchdachte *selbst- und fremd-stabilisierende Strategie*, die sich gerade bei solchen Patienten als empfehlenswert, ja unerlässlich erweisen kann.

Professor Dr. F. Petermann und Frau Dr. S. Winkel empfehlen abschließend in ihrem Buch noch eine Reihe von präventiven, also Vorbeugungs-Maßnahmen, gerade bei selbstverletzendem Verhalten im Jugendalter. Dazu gehören:

- *Prävention von Missbrauch:* Selbstverletzendes Verhalten hat seine Ursachen zumeist in der Kindheit. Die Tatsache, dass traumatische Ereignisse (also seelische Verwundungen) durch körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten gehören, weist daraufhin, dass sich bereits hier ein wichtiger Präventions-Ansatz anbietet, und zwar konkret durch entsprechende Aufklärung und Erziehung. Einzelheiten dazu siehe Fachliteratur, aber auch die allgemeinverständlichen Hinweise der zuständigen Stellen.

Selbst wenn ein Missbrauch stattgefunden hat, kann eine frühzeitige Intervention dazu beitragen, die Entstehung langfristiger emotionaler Störungen zu verhindern. Eltern, Erzieher sowie Lehrer sollten daher über die ersten und sich meist wiederholenden Anzeichen im Verhalten des Kindes aufgeklärt und darüber informiert werden, was sie in einem Verdachtsfall unternehmen können, empfehlen die Experten.

- *Zur Förderung emotionaler Kompetenzen,* d. h. im Erwerb von Strategien zur Emotions-Regulation und -Bewältigung (kurz: wie gehe ich mit meinen Gefühlen um, besonders wenn sie mich zu überwältigen drohen) gehören deshalb entsprechende Trainings-Angebote mit der Familie

oder spezielle Eltern-Schulungen. Fachlich gesprochen: Emotionale Kompetenz schützt vor der Entwicklung von emotionalen Störungen, was wiederum das Risiko für selbstverletzendes Verhalten reduziert.

- Eine wichtige präventive Hilfe ist auch die *Information und Schulung von Multiplikatoren*, also Lehrer, Pfarrer, Sporttrainer, Vereinsleiter usw., die häufig Kontakt mit Jugendlichen haben und auch deren Vertrauen genießen. Warum sollen sie also nicht als geeignete Ansprechpartner für entsprechende Probleme dienen, vorausgesetzt, sie werden in diesem Zusammenhang von Fachleuten beraten. Dabei müssen sie selber gar nicht aktiv werden, Hauptsache, sie können gefährdete Jugendliche identifizieren und Kontakte zu Beratungsstellen oder Behandlungseinrichtungen vermitteln.
- Wichtig ist auch die *Prävention besonders gefährdeter Gruppen* wie Jugendliche mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu Hause oder in einer Psychiatrischen Klinik, Jugendliche in Untersuchungshaft oder im Strafvollzug u. a. Hier geht es übrigens nicht nur um die einzelnen Betroffenen, hier geht es auch um ein verhängnisvolles Imitationsverhalten des ja ebenfalls labilen Umfelds. Oder kurz: Vorsicht vor „Ansteckungs-Gefahr“.
- Bei *selbstverletzendem Verhalten von Kindern mit geistiger Behinderung* kommen vor allem drei Methoden in Betracht:

Die pränatale Diagnose (also während der Schwangerschaft), die Herstellung günstiger, d. h. möglichst risikoarmer Bedingungen in Heimen und Pflegeeinrichtungen und die frühzeitige Beratung und Schulung der Eltern und Betreuer.

Bei geistig behinderten Kindern geht es insbesondere um stereotypes (also immer wieder auftretendes und gleich ablaufendes) selbstverletzendes Verhalten, was in unglücklichen Fällen erhebliche Ausmaße annehmen kann. Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung sind besonders dann selbstverletzend gefährdet, wenn sie nicht genug Aufmerksamkeit, Anregung oder Beschäftigung erhalten (z. B. in Heimen).

Ähnliches gilt auch für übermäßige Anforderungen oder eine so genannte „Überreizung“ (z. B. Selbstverletzung zur Beruhigung). Hier geht es also vor allem um eine angemessene Betreuung, ausreichende Zuwendung und Beschäftigung sowie entwicklungs-angemessene Spiel- und Lernmöglichkeiten, empfehlen die Experten.

Schließlich müssen gerade Eltern, Erzieher und Lehrer von geistig behinderten Kindern frühzeitig darüber informiert werden, was zu selbstverletzenden Verhaltensweisen in diesem Zusammenhang führen kann. Solche Beratungs- und Schulungs-Angebote sollten möglichst frühzeitig einsetzen, ggf. noch bevor die ersten Symptome auftreten.

Ist das nicht ein wenig voreilig, wird mancher denken. Nein, antworten die Experten, da praktisch alle Kinder mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko für selbstverletzendes Verhalten aufweisen, sollte im Rahmen von Frühförderungs-Angeboten grundsätzlich auch dieses Problem angesprochen werden, also bevor sich auch nur ein Vorläufer-Stadium selbstverletzenden Verhaltens abzeichnet.

ANHANG: SELBSTVERLETZUNGEN AUS DER SICHT DER RECHTS-MEDIZIN

Selbstverletzungen sind auch ein Thema in der Rechtsmedizin, denn die Beweggründe sind äußerst vielfältig und können auch strafrechtliche Konsequenzen haben. Das muss eindeutig geklärt werden, mahnen die Fachärztinnen, Frau Dr. Bettina Zinka und Frau Dr. Sybille Fieseler vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München in der Fachzeitschrift *NeuroTransmitter* 2 (2009) 46. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht auf der Grundlage dieses Artikels:

Verletzungen infolge von selbstverletzendem Verhalten sind im rechtsmedizinischen Alltag häufig. Zum einen natürlich in Form von vollendeten suizidalen Handlungen bei der Obduktion (Leicheneröffnung). Andererseits weisen auch viele entsprechend begutachteten Personen frische oder alte Verletzungen auf, die die klassischen Kriterien für Selbstverletzungen erfüllen. Die Beweggründe sind unterschiedlich. Am häufigsten sind es aus rechtsmedizinischer Sicht die erwähnten emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, auch wenn in der Regel bei diesen Patienten (noch) keine derartige Diagnose gestellt wurde, was dann die Therapie-Aufgabe der Nervenärzte, Psychiater oder Ärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie diesbezüglich tätiger Psychologen wäre.

Selbstbeschädigungen werden jedoch nicht nur im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen beobachtet, sondern auch zur Vortäuschung von Straftaten, zur Erleichterung von Haftbedingungen, zum Zweck des Versicherungsbetrugs (z. B. Vortäuschen von Arbeitsunfällen) oder im Rahmen von organischen Erkrankungen, die mit der Neigung zur Selbstbeschädigung einhergehen.

Im weitesten Sinne sind auch Verhaltensweisen wie exzessive Sportausübung, Nägelkauen, Tätowierungen oder Piercing sowie Ess-Störungen als selbstverletzendes Verhalten aufzufassen. Auch das Vortäuschen von Krankheitssymptomen (z. B. Bauchschmerzen) bis hin zu wiederholten operativen Eingriffen ohne fassbare Krankheits-Ursache oder die Aggravation (willentliche Verstärkung bzw. entsprechende Klagen) von Verletzungs-Befunden durch entsprechende Manipulationen ist immer wieder rechtsmedizinischer Alltag, so die Expertinnen. Und natürlich die Fragestellung: Suizid oder Tötungsdelikt

durch eine andere Person bzw. Selbstbeschädigung oder Überfall durch unbekannte Täter? Im Einzelnen:

- **Erleichterung von Haftbedingungen:** Hier spielt beispielsweise die vorsätzliche Vergiftung mit Putzmitteln oder durch scheinbar versehentlich erlittene Verletzungen wie Verbrühungen eine Rolle. Der Wunsch: Verlegung aus der Haft-Zelle auf die Krankenstation von Gefängnissen. Dadurch erhofft sich der Häftling angenehmere Bedingungen oder will sich von Mit-Häftlingen absondern.
- **Vortäuschung einer Straftat** durch Anzeige bei der Polizei wegen angeblicher Gewalt-Delikte (z. B. Raubüberfall, Vergewaltigung). Hier handelt es sich um eine „falsche Verdächtigung“ gemäß § 164 StGB. Motiv: Von eigener Geld-Entwendung ablenken, Beziehungs-Streitigkeiten mit Falsch-Anzeigen u. a. Durch die selbst erzeugte Verletzung soll das Ganze dramatisiert und die Glaubwürdigkeit der vermeintlich geschädigten Person erhöht werden.

Straftaten werden jedoch auch immer wieder simuliert, um Aufmerksamkeit und Mitgefühl zu erlangen, geben die Rechtsmedizinerinnen B. Zinka, S. Fieseler zu bedenken. Das wirbelt oftmals viel Staub in der Presse auf, weniger wenn sich die Verletzungen dann als selbst erzeugt erweisen. Üblicherweise wird dabei ein unbekannter Täter angegeben, in der Regel noch ohne genaue Personen-Beschreibung. Als vermeintliche Tatwerkzeuge werden Messer und andere spitze oder scharfe Gegenstände vorgeschoben. Auffallend dabei sind nicht nur die klassischen Selbstverletzungs-Folgen, sondern auch das Fehlen von Abwehr-Verletzungen (s. später).

- **Versicherungsbetrug:** Auch um ungerechtfertigte Zahlungen beispielsweise von Unfall- oder Renten-Versicherungen zu erlangen, fügen sich manche Selbst-Verletzungen zu. Dabei überwiegen scharfe Gewalt-Einwirkung durch Arbeitsgeräte wie beim Abtrennen von Fingern oder Armen durch Kreissägen oder Beil. Das erkennen die Fachleute aber rasch. Hier sind die Wund-Ränder oft auffallend glatt-randig wie bei einem „sorgfältigen Abschneiden“, während unter echten Unfall-Bedingungen ein unregelmäßiges Wundbild entsteht (z. B. durch den sofortigen Versuch, die Hand wieder aus der Säge herauszureißen). Außerdem sind bei derartigen Betrugsfällen überzufällig häufig keine Zeugen anwesend und die Verletzung betrifft meist die nicht-dominante Seite (z. B. die linke Hand bei Rechtshändern).
- **Selbstverletzungen im Rahmen eines (versuchten) Suizids:** Dies gehört zu den belastendsten Aufgaben der Rechtsmediziner, die dazu folgende Erkenntnisse liefern:

Bei einem Suizid, also einer Selbstbeschädigung mit tödlichem Ausgang, liegt oftmals nicht nur eine todes-ursächliche Gewalteinwirkung vor (z. B. Messerstich in die Brust, Kopfschuss, Vergiftung), sondern mehrere potenziell tödliche Methoden nacheinander oder nebeneinander – bis die Selbsttötung gelingt. Beispiele: neben einer tödlichen Intoxikation (Vergiftung) auch oberflächliche Pulsader-Schnitte oder Strangulations-Versuche. Bei Suizid durch scharfe Gewalt, d. h. Stich- oder Schnittverletzungen, zeigen sich typischerweise neben der eigentlich tödlichen Verletzung auch so genannte „Probier-Schnitte“ oder „Zauder-Schnitte bzw. -Stiche“. Hier sollten verschiedene Tötungs-Methoden gleichsam auf ihre Effektivität (und Schmerzhaftigkeit?) getestet werden.

Typische Merkmale von Selbstverletzungen

Eine Hinweise auf selbstverletzendes Verhalten wurden bereits besprochen. Nachfolgend jedoch eine etwas ausführlichere Darstellung, wie sie die Rechtsmediziner in ihrer täglichen Arbeit nutzen. Dabei ist die Unterscheidung zwischen selbst zugefügten Verletzungen und Verletzungen durch dritte Hand vielfach einfach, in manchen Fällen aber auch recht kompliziert. Nachfolgend eine Übersicht, die sich vor allem an den wohl häufigsten Krankheitsbildern orientiert, nämlich der schon erwähnten Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Einzelnen nach B. Zinka und S. Fieseler:

- **Lokalisation:** Gut für den Betroffenen selber erreichbar und damit häufig: z. B. Arme, Beine, Bauch u. a. Schlecht zu erreichen wie der Rücken oder besonders empfindlich wie Brustwarzen, Leistenbeugen, Augen und Ohren sind in der Regel nicht betroffen.
- **Oberflächlichkeit:** Zwar meist blutend, jedoch nur oberflächlich, so dass keine chirurgische Versorgung notwendig ist (wobei jedoch auch tiefgreifende Verletzungen möglich sind).
- **Gleichförmigkeit:** Gleichförmiges Erscheinungsbild, z. B. Haut-Ritzungen mit annähernd gleicher Wundtiefe (also meist nur oberflächlich), die auch den Körper-Wölbungen gleichmäßig folgen.
- **Parallelität:** Häufig mehrfache, oftmals parallel angeordnete Verletzungen, gruppiert an verschiedenen Körper-Regionen.
- **Fehlen von Abwehr-Verletzungen:** Offensichtlich nicht im Rahmen eines Kampf-Geschehens mit z. B. Fluchtversuchen, Gegenangriff oder Abwehr entstanden. Theoretisch allerdings möglich bei nicht (mehr) wehrhaften, z. B. bewusstlosen Personen. Dann müsste sich der Täter aber auf ein oberflächliches Zerritzen der Haut beschränken und keine ernsthaften Verletzungsabsichten hegen. Typischer Abwehr-Verletzungen sind Blutergüsse an den Unterarm-Streckseiten (zum Schutz vor

den Kopf gehobene Arme), Schnittverletzungen an den Hand-Innenflächen (Hineingreifen in das Messer) u. a.

Fazit: Zur Frage „Selbstbeschädigung oder nicht?“ gilt es also zu klären:

- Liegen die typischen Merkmale einer Selbstverletzung vor (soweit vorhanden oder beurteilbar – s. o.)?
- Handelt es sich um wiederholte, ernstzunehmende Verletzungen unklarer oder nicht vollziehbarer Ursache?
- Handelt es sich um schlecht heilende oder gar therapie-resistente Wunden, die „einfach nicht heilen wollen“?
- Handelt es sich um ungewöhnliche Wunden (s. o.)?
- Liegen chronische Beschwerden vor, bei allerdings fehlenden krankhaften Untersuchungs-Befunden auf körperlicher Ebene (insbesondere Magen-Darm oder Unterleib)?
- Besteht der Verdacht auf eine seelische Störung?
- Fällt ein häufiger Arztwechsel auf: „doctor hopping“ oder gar „doctor shopping“?
- Und schließlich die grundsätzliche, ernstzunehmende Frage: Handelt es sich um eine akute oder chronische Suizidalität?

Die Beweggründe für selbstschädigendes Verhalten sind äußerst vielfältig, hieß es zum Eingang dieses Kapitels. Das betrifft nicht nur das ursächliche Beschwerdebild oder die Vielfalt der Verletzungs-Möglichkeiten, es geht auch um die strafrechtliche Frage, ob die Verletzungen selbst verursacht worden sind oder ob der Betreffende Opfer von Gewalt wurde. Letzteres mag gesamthaft gesehen eher selten sein, muss aber grundsätzlich im Auge behalten werden, so die Expertinnen B. Zinka und S. Fieseler vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München.

LITERATUR

Umfangreiche Literatur, auch allgemeinverständlich, bisher aber überwiegend englischsprachig, wie es vor allem im Literaturverzeichnis vorliegenden Buches aufgeführt wird. Nachfolgend einige der wenigen deutschsprachigen Hinweise in Buchform (zumeist in den speziellen Kapiteln von Übersichts-Werken):

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM IV – TR. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Dammann, G., P. L. Janssen (Hrsg.): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2001

DGKJP (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2003

Fegert, J. M. u. Mitarb.: Selbstverletzungsinventar. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Ulm 2005

Hensli, N. L.: Automutilation. Der sich selbstschädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis. Verlag Hans Huber, Bern 1996

Herpertz, S. C., H. Saß (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003

Heubrock, D., F. Petermann: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2000

Körner, W., A. Lenz (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Band I: Grundlagen und Konzepte. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2004

Paggen, U.: Suizidalität und Automutilationen während der stationären Behandlung jugendpsychiatrischer Patienten. Med. Dissertation der Medizinischen Fakultät München, München 2003

Petermann, F. (Hrsg.): Kinderverhaltenstherapie. Schneider-Verlag, Hohengehren 2003

Petermann, F., S. Winkel: Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Wien-Toronto-Seattle-Oxford-Prag 2005

Plener, P. L. u. Mitarb.: SSRI's bei jugendlichen Mädchen mit selbstverletzendem Verhalten. XXIX. Kongress der DGKJPPP. Abstracts-Band. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2005

Rohmann, U., H. Hartmann: Autoaggression – Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten. verlag modernes lernen, Dortmund 1992

Sachsse, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999

Scharfetter,, C.: **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1991

Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): **Adoleszenz, Bindung, Destruktivität.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2004

Wenglein, E. u. Mitarb. (Hrsg.): **Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1996

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern 2000

Wunderlich, U.: **Suizidales Verhalten im Jugendalter.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2004